

## Høringsvar vedr. akutkonceptet fra det tværfaglige specialeråd for Geriatri

1) Akutkonceptet har for meget fokus på akutafdelingerne. Vi vurderer at man kan ikke fokusere alene om den akutte patientforløb inden for sygehusrammer uden at udfolde og udforske de snitflader med primær sektor før og efter udskrivelse og uden at fordybe og konkretisere de samarbejdsaftaler mellem akutafdelinger og de øvrige afdelinger i akut hospitalerne

2) 2.2 Sundhedsvisitationer side 3. vedr. subakutte tider.

*"Sundhedsvisitationerne har til opgave, i samarbejde med den indringende instans, at sikre rette tilbud til den akutte patient. Dette indebærer også, at sundhedsvisitationen udover at indlægge også skal kunne:*

- *formidle adgang til specialistrådgivning for de praktiserende læger (konferencekald)*
- **booke subakutte tider i alle relevante specialer**

Det vil kræve en del viden om de enkelte afdelinger, men også faglig indsigt i det pågældende speciale for at være fagligt sikker på, at det subakutte er det rigtige tilbud. Der skal nok være en beskrivelse af hvilke patienter, det kan være for de enkelte specialer. Samt tydeligt stå, hvem der har behandlingsansvaret indtil de ses til den subakutte tid og evt. også hvem der informere patient og hjemmepleje, hvilket er væsentligt for den geriatriske patient".

Hvis speciallægen har rådgivet egen læge om en indlæggelse lyder det meget kontroversielt at akut lægen kan nægte det. Vi støtter ikke op om det medmindre akut lægen har været involveret i dialog mellem egen læge og specialist der har rådgivet. Se venligst afsnit under 2.2.

*"Ambitionen er altid at opnå enighed om det rette tilbud med udgangspunkt i patientens situation, faglighed, samarbejde og dialog. I de sjældne tilfælde, hvor der ikke kan opnås enighed om det rette tilbud er akut indlæggelse eller subakut tid, har akutlægen den endelige beslutningsret, det faglige ansvar for visitationen og behandlingsansvaret. Dette gælder også, hvis der i forbindelse med specialistrådgivning til den praktiserende læge har været rådgivet om akut indlæggelse."*

3) Dagtid bør specificeres som 8-15, altså i dagvagten. Vi tror at det bliver meget vanskeligt at honorere mange steder ellers. 2.5 side 6.

*"Assistance i dagtid alle ugens dage:*

- *Det tilstræbes at der er adgang til tværfaglig geriatrisk ekspertise".*

4) Generel kommentar: Hvis man skal nå at fuldføre Mission fra side 1 ("*Sikker og effektiv afklaring og behandling af akutte patienter-hele døgnet*") skal der være øget fokus på faglighed frem for flow. Dette kunne være mere tydeligt beskrevet. Det er igennem faglighed, at man løser flowudfordringer. Rette patient i rette seng, kræver at ikke kun flowkoordinationen og akutlægen arbejder sammen, men i høj grad også at man har en viden om og løbende dialog med modtagende afdelinger. Det kunne stå tydeligere på side 8

*"For Akutafdelingerne gælder særlige vilkår, fordi akutafdelingerne modtager en række patienter, der efter hurtig afklaring skal videre til anden afdeling. Akuthospitalets flowfunktion har derfor en særlig rolle i forhold til at skabe overblik over kapacitet på hele akuthospitalet, og understøtte samarbejdet omkring rette fordeling af de afklarede patienter. Flowkoordinatorerne understøttes af akutafdelingens læger i denne opgave".*